

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. V. Becker

Referent: Prof. Dr. W. Kinzel

Korreferent: Prof. Dr. H. Daun

Tag der mündlichen Prüfung: 29.08.1983



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546217_0112

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik der
Universität Erlangen-Nürnberg
Komm. Direktor: Prof. Dr. H. Daun

DER SYNDROM - KURZTEST (SKT) ALS RELIABLE METHODE
ZUR ERFASSUNG DES SCHWEREN DURCHGANGS-SYNDROMS

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von

Johann Neuser

aus

Brunn

D 29

Der Syndrom-Kurztest (SKT) als reliable Methode zur Erfassung des schweren Durchgangs-Syndroms

von J. NEUSER, K. ARNOLD, H. ERZIGKEIT und W. KINZEL, Erlangen (D)

Aus der Psychiatrischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen – Nürnberg
(Direktor: Prof. Dr. E. Lungershausen) – Einheit für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (Leiter: Prof. Dr. W. Kinzel)

1. Einführung

Grundsätzlich rückbildungsfähige seelisch-geistige Störungen, die durch primäre oder sekundäre Hirnbeeinträchtigungen verursacht sind, werden nach Wieck (1967a) als „Funktionspsychosen“ bezeichnet. Sie umfassen das ganze psychopathologische Spektrum zwischen nur geringen intraindividuellen Normabweichungen auf der einen und dem Koma auf der anderen Seite (Kinzel, 1971; Lehl, 1979). Diese reversibel verlaufenden Störungen können zahlreiche Ursachen wie z.B. Hirntumoren, zerebrale Gefäßerkrankungen oder exogene Intoxikationen haben, sie sind jedoch stets auf eine primäre oder sekundäre Hirnbeeinträchtigung zurückzuführen.

Den Bereich, der dem Normalzustand am nächsten gelegen ist, stellen die „Durchgangs-Syndrome“ dar. Das klinische Bild der Durchgangs-Syndrome ist unspezifisch, die Gemeinsamkeit („Achsensymptomatik“) besteht in einer Minderung psychischer Leistungsfunktionen. Besonders auffällig sind Störungen der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses sowie des Antriebs (Wieck, 1956). Die Verlangsamung der seelisch-geistigen Funktionen im schweren Durchgangs-Syndrom (sDS) ist so deutlich, daß sie auch dem Laien auffällt. Die affektive Ansprechbarkeit zeigt sich erheblich beeinträchtigt, das Gedächtnis ist auf ein „Minutengedächtnis“ herabgesetzt. Für das im schweren Durchgangs-Syndrom Erlebte besteht eine Amnesie (Wieck, 1977).

Entsprechend der psychischen Verfassung der Kranken gestaltet sich auch die Durchführung psychologischer Testverfahren bei vielen Patienten im sDS sehr schwierig.

2. Methoden

Zur Erfassung der Schweregrade der Durchgangs-Syndrome wurde der „Syndrom-Test“ (Böcker, 1961; Böcker und Kinzel, 1969) und als dessen verbesserte und weiterentwickelte Form, der „Syndrom-Kurztest“ (SKT) (Erzigkeit, 1977), konstruiert. Das Verfahren setzt sich aus neun Aufgaben (Subtests) zusammen:

– Aufgabe 1:

Benennung von Gegenständen, die auf einer Bildtafel vorgelegt werden. Ausgewertet wird die Anzahl der richtig erkannten Gegenstände (maximal 12).

- Aufgabe 2:
Nochmaliges Aufzählen der vorgelegten Bilder aus dem Gedächtnis (unmittelbare Reproduktion). Notiert wird ebenfalls die Anzahl der richtigen Bilder.
- Aufgabe 3:
Vorgelegt wird eine Reihe von auf der Unterlage haftenden Klötzchen, die mit zweistelligen Zahlen markiert sind. Die Zahlen sind möglichst schnell vorzulesen. Es wird die benötigte Zeit (wie in allen Aufgaben maximal 60 s) vermerkt.
- Aufgabe 4:
Die Klötzchen sind so umzuordnen, daß die aufgedruckten Zahlen in der arithmetisch richtigen Reihenfolge stehen. Ausgewertet wird ebenfalls die erforderliche Zeit.
- Aufgabe 5:
Die Klötzchen sind auf die alten Plätze, die ebenfalls mit den Zahlen gekennzeichnet sind, zurückzulegen.
- Aufgabe 6:
Auf einer Tafel mit drei verschiedenen Symbolarten (z.B. Dreiecke, Sternchen, Ringe) ist die Anzahl eines der Symbole zu zählen. Bestimmt wird die Zeit, die zum Zählen notwendig ist.
- Aufgabe 7:
Eine Buchstabenreihe, die aus zwei Buchstaben besteht, z.B. ABBA BAB, ist vertauscht vorzulesen (hier: BAAB ABA) (Interferenztest).
- Aufgabe 8:
Die Gegenstände aus Aufgabe 1 sind nochmals aus dem Gedächtnis zu benennen (mittelbare Reproduktion).
- Aufgabe 9:
Aus einer größeren Anzahl gezeigter Gegenstände (48) sind die in Aufgabe 1 vorgelegten Bilder wiederzuerkennen. Bestimmt wird – wie in Aufgabe 8 – die Anzahl der richtig genannten Bilder.

Für jeden Subtest werden nach einer im Manual zum SKT (Erzigkeit, 1977) angegebenen Tabelle die Rohpunkte (Anzahl der Bilder bzw. gemessene Zeit) in Wertpunkte (0 bis 3 Pkte.) umgerechnet. Aus der Gesamtwertpunktzahl ist dann der Grad der Funktionspsychose anhand der im Manual zum SKT angegebenen Skala abzulesen. Damit ist es möglich, die Funktionspsychosen „psychopathometrisch“ unter Berücksichtigung der Moderatorvariablen „Alter“ und „prämorbidem Intelligenzniveau“ zu quantifizieren (Kinzel, 1975; Lehrl, 1977; Lehrl et al., 1979; Wieck, 1978; Erzigkeit, 1978).

Experimentelle und empirische Studien haben die klinische Bedeutsamkeit des SKT aufgezeigt (Erzigkeit, 1977). Mit einer praxisgerechten Ausführung kann der schwierigen Testsituation gut begegnet werden. Die Objektivität ist durch eine standardisierte Testanweisung theoretisch gesichert.

Da ein psychologisch-psychopathometrisches Meßinstrument auch der Forderung nach einer hinreichenden Zuverlässigkeit gerecht werden muß (Michel, 1964), haben wir in der vorliegenden Untersuchung geprüft, inwieweit der Syndrom-Kurztest reliabel ist.

Da der SKT in fünf als äquivalent anzusehenden Formen vorliegt, können sowohl die Paralleltestreliabilitäten unter den verschiedenen sinnvollen Parallelitätsannahmen der einzelnen sich entsprechenden Subtests bestimmt werden als auch die Reliabilitäten der jeweiligen zusammengesetzten Tests. Zu kontrollieren ist ferner, ob die Reihenfolge der Darbietung der einzelnen Testformen Einfluß auf die Ergebnisse hat.

2.1. Varianzanalytische Bestimmung des Lerntransfers

Durch eine einfaktorielle Varianzanalyse wurde zunächst geprüft, ob die Reihenfolge, in der die Syndrom-Kurztests abgenommen worden sind, die Ergebnisse beeinflussen. Bei der entsprechenden Berechnung stellte sich die Frage, ob die Mittelwerte der einzelnen Subtests einer Testform homogen sind, also sich nur zufällig unterscheiden, oder ob ein oder mehrere bestimmte Rangplätze signifikante Mittelwertsunterschiede bedingen.

2.2. Reliabilitätsbestimmung für den Fall k streng paralleler Tests

In der ersten Reliabilitätsbestimmung gehen wir aus von der Annahme daß die k Tests parallel im strengen Sinne sind, d.h. daß in allen (fünf) Parallelformen gleiche Eigenschaften gemessen werden und die spezifischen Meßfehlervarianzen in den streng parallelen Tests gleich groß sind. Die Ergebnisse können als Ergebnisse einer Varianzanalyse behandelt werden und durch Zerlegung der Abweichungsquadratsummen zu den benötigten Varianzschätzungen führen.

Die Tafel der Varianzanalyse für k streng parallele Tests und die Formel für die Berechnung des Reliabilitätskoeffizienten nach dieser Methode sind bei Fischer (1974) beschrieben.

2.3. Reliabilitätsbestimmung für den Fall k nominell parallele Tests

Bei der Reliabilitätsschätzung für k nominell parallele Tests ist zu unterscheiden zwischen einem spezifischen Meßfehler und einem globalen Meßfehler, je nachdem, ob man an der Meßgenauigkeit eines Testes i oder an der durchschnittlichen Genauigkeit von Tests einer Testfamilie interessiert ist. Die Gesamtvarianz ist wiederum aus der Summe der Abweichungsquadrate leicht bestimmbar. Für nominell parallele Tests kann jedoch die spezifische Meßfehlervarianz σ_{δ}^2 nicht angegeben werden. Dazu wird der Begriff der „Restvarianz“ eingeführt, die die mittlere spezifische Meßfehlervarianz $\sigma_{E \times X}^2$, gemittelt über alle k Tests plus die Wechselwirkungsvarianz σ_{α}^2 , schätzt. Setzt man die Restvarianz anstelle der spezifischen Fehlervarianz in die Formel zur Berechnung der Varianz ein, so erhält man eine Formel, mit der eine Schätzung der unteren Schranke der Reliabilität für k nominell parallele Tests anzugeben ist. Die Ableitung der Formeln, die praktische Berechnung der Koeffizienten sowie die Tafel der Varianzanalyse für k nominell parallele Tests sind wiederum bei Fischer (1974) aufgeführt.

2.4. Reliabilitätsschätzung mit dem Koeffizienten α

Für zusammengesetzte Tests hat Cronbach einen Koeffizienten α als untere Schranke für die Reliabilität zusammengesetzter Tests abgeleitet. Der Koeffizient α ist auch aus der durchschnittlichen Interitemskorrelation $\bar{r}$ schätzbar (Fischer, 1974).

3. Untersuchungsgut und Testablauf

Bestimmt wurden die Reliabilitätskoeffizienten bei 17-44jährigen Patienten im schweren Durchgangs-Syndrom. Operationalisiert ist dieses Schweregradstadium der Funktionspsychose durch ein Ergebnis von mehr als 18 Punkten im SKT. Um den Intelligenzeinfluß gut unter Kontrolle zu halten, berücksichtigen wir nur die Resultate der Gruppe mit einem IQ zwischen 90 und 110 einschl. Zur IQ-Schätzung verwendeten wir den Mehrfach-Wahl-Wortschatz-Test (MWT), der in kurzer Zeit (im Mittel etwa 5 min) eine genügend exakte Schätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus zuläßt (Lehl, 1974; Merz et al., 1975).

Insgesamt wurden 99 Patienten in den psychiatrischen, neurologischen und neurochirurgischen Kliniken der Universität Erlangen-Nürnberg sowie im Nervenkrankenhaus Bayreuth untersucht. Von 55 Kranken konnten vollständige Ergebnisse vorgelegt werden. Aus ihnen bildeten wir zur statistischen Auswertung eine Stichprobe jener Probanden, die im SKT A mehr als 18 Punkte erzielt hatten. Die Stichprobe umfaßt 22 Personen (15 Männer, 7 Frauen).

Aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes der meisten Patienten und der krankheitsbedingt geringen Motivation erhöhte sich die Untersuchungszeit auf bis zu drei Stunden für jeden einzelnen Probanden.

4. Ergebnisse

Die Testergebnisse wurden zusammen mit dem Alter, dem IQ-Schätzwert und dem Geschlecht protokollarisch festgehalten. Die statistischen Auswertungen sind am Regionalen Rechenzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg (RRZE) an der TR 440 durchgeführt worden. Dabei kamen die Prozeduren "RELIABILITY", "CONDESCRIP-TIVE" und "ANOVA" aus dem Programmpaket SPSS (Hull, 1979; Nie et al., 1975) zur Anwendung.

4.1. Varianzanalytische Bestimmung des Lerntransfers zwischen den Formen des SKT

Bild 1 gibt für jeden Subtest der fünf Testformen für alle Variationsmöglichkeiten aus den Mittelwerten der Testergebnisse den F -Wert mit zugehöriger Wahrscheinlichkeit bei den Freiheitsgraden 4 und 21 an, wie sie aus den Varianzanalysen gewonnen wurden.

Mit (+) und (++) sind jeweils die Werte gekennzeichnet, die eine Wahrscheinlichkeit außerhalb des 95%- bzw. 99%-Niveaus angeben.

Bild 1: Varianzanalyse

df = 4/21

Subtest	SKT A		SKT B		SKT C		SKT D		SKT E	
	F _{Ratio}	F _{Prob}	F _{Ratio}	F _{Prob}	F _{Ratio}	F _{Prob}	F _{Ratio}	F _{Prob}	F _{Ratio}	F _{Prob}
1	0,58	0,68	0,61	0,66	0,53	0,72	1,92	0,15	0,57	0,69
2	1,48	0,25	0,59	0,67	1,76	0,18	0,99	0,44	1,24	0,33
3	0,97	0,45	1,19	0,35	0,39	0,81	1,85	0,17	0,56	0,69
4	1,69	0,20	0,53	0,71	0,13	0,97	0,19	0,94	0,56	0,69
5	0,73	0,59	0,75	0,57	0,63	0,65	1,15	0,37	0,62	0,65
6	3,12	0,04 ⁺	1,23	0,33	4,15	0,02 ⁺	6,28	0,003 ⁺⁺	0,88	0,50
7	0,19	0,94	2,23	0,11	0,42	0,80	0,11	0,98	0,42	0,79
8	0,72	0,59	0,85	0,51	2,33	0,10	1,24	0,33	2,10	0,13
9	2,43	0,09	0,47	0,75	1,47	0,26	2,16	0,12	1,52	0,24

4.2. Reliabilitätsbestimmungen

Nach den in Abschnitt 2 genannten Formeln (2.2.1.) und (2.3.1.) sind die Reliabilitätskoeffizienten berechnet worden, wie sie in Bild 2 angegeben werden.

Bild 2: Reliabilitätskoeffizienten für den SKT, angewendet im sDS

Subtests	Verfahren für k nominell parallele Tests					k streng par.
	SKT A	SKT B	SKT C	SKT D	SKT E	SKT
1	0,739	0,697	0,771	0,711	0,651	0,707
2	0,480	0,527	0,309	0,470	0,565	0,473
3	0,257	0,176	0,815	0,406	0,869	0,471
4	0,640	0,677	0,656	0,753	0,688	0,686
5	0,448	0,610	0,671	0,590	0,734	0,600
6	0,482	0,475	0,342	0,554	0,451	0,320
7	0,594	0,623	0,555	0,452	0,683	0,570
8	0,291	0,410	0,392	0,315	-0,225	0,300
9	0,561	0,475	0,477	0,592	0,649	0,570

4.3. Bestimmung des Koeffizienten α

Als weitere Schätzung der Reliabilität kann der Koeffizient α angegeben werden. Die berechneten Werte sind Bild 3 zu entnehmen.

Bild 3: Koeffizient α		
	Alpha	Standardized Item Alpha
SKT A	0,2683	0,1655
SKT B	0,5188	0,4067
SKT C	0,4031	0,4805
SKT D	0,6036	0,6288
SKT E	0,5667	0,5113

5. Diskussion

Zur Bestimmung eventuellen Lerntransfers zwischen den Testformen haben wir als Signifikanzgrenze das 1%-Niveau gewählt, da bei unserer Untersuchungsgruppe nicht nur die Art der Erkrankung, sondern auch die Eigenheit der Untersuchungssituation starke Schwankungen der Motivation und der Leistungsfähigkeit erwarten lassen, ohne daß diese Komponenten auf systematische feststellbare Einflüsse zurückgeführt werden könnten. Unsere Auswertung ergibt einen signifikanten Wert im Subtest 6 der Testform D (Symbole zählen). Dies kann entweder dadurch erklärt werden, daß sich Ermüdungserscheinungen hier besonders ausgewirkt haben oder daß – bedingt durch die relativ kleine Stichprobe – ein „Ausreißerwert“ vorliegt. Mit dem Scheffe-Test (Weber, 1967), der auf einer Konstruktion von Konfidenzintervallen beruht und eine robuste Methode für mehrfache a posteriori Mittelwertsvergleiche darstellt, kann diese zweite Vermutung bestätigt werden: Er gibt bei einer Signifikanzgrenze von 5% nur für Subtest 6 der Form D eine homogene Untergruppe aus den Rangplätzen 1, 2, 3 und 5 an.

Unsere Ergebnisse zeigen also, daß ein Testresultat von in vorhergehenden Testungen erzielten Punktwerten nicht beeinflusst wird, und daß auch keine Einwirkungen auf nachfolgende Testungen bestehen. Ein Lerntransfer darf somit für den Bereich des sDS ausgeschlossen werden.

Sowohl mit dem Verfahren für k streng parallele Tests als auch mit der Methode für k nominell parallele Tests wurden in ihrer Höhe sehr differierende Reliabilitätskoeffizienten errechnet; die festgestellten Werte verweisen auf eine nur mäßige Zuverlässigkeit des SKT, angewendet an Patienten im sDS. Der Grund dürfte am ehesten darin zu suchen sein, daß viele Störeinflüsse, bedingt durch die schwierige Testsituation, eine hohe zufallsbedingte Schwankungsbreite der Testergebnisse in den einzelnen Subtests (= Fehlervarianz) verursachten. Derartige, vom Test nicht erfassbare Einflüsse sind wohl auch verantwortlich dafür, daß die beiden verschiedenen Rechnungsverfahren – für streng parallele einerseits, für nominell parallele Tests andererseits – keine wesent-

lich verschiedenen Ergebnisse gebracht haben. Zu erwarten wären höhere Werte für das Konzept mit k nominell parallelen Tests, da hier die Ansprüche an die Testkonstruktion niedriger gehalten sind (Fischer, 1974). Dies war in früheren Untersuchungen an Patienten mit geringeren Störungen der seelisch-geistigen Fähigkeiten auch bestätigt worden (vgl. Krum, Salomo, Winkler). Die unsystematisch in ihrer Höhe stark abweichenden Reliabilitätskoeffizienten zeigen also an, daß mit der vorhandenen Testkonstruktion des SKT eine Störung im Sinne des sDS zwar grob zu erfassen ist und von leichteren Schweregraden und der Bewußtseinstörung andererseits abgegrenzt werden kann, daß eine weitere Differenzierung der mannigfaltigen Störungen, wie sie typischerweise für das sDS beschrieben werden, jedoch nicht möglich ist.

Nach unseren Erfahrungen ist hier in erster Linie die stark schwankende Motivationslage, bedingt durch die unterschiedliche, z.T. gegensätzliche Färbung der Stimmung der Patienten im sDS, zu berücksichtigen; Michel (1964) hat den großen Einfluß der Motivation auf die Leistung beschrieben.

Weiter sind hier eine z.T. erheblich verlängerte Testzeit (die Gedächtnisaufgaben deutlich schwieriger macht!) und äußerliche Beeinträchtigungen der Motorik und der Sinnesorgane (z.B. Hemiplegie, Infusionen, Hemianopsie) zu nennen.

Die relativ niedrigen α -Werte geben Anlaß zu zwei Vermutungen: Entweder besitzt das Durchgangs-Syndrom nicht die von Wieck (1977) postulierte „Eindimensionalität“ oder der SKT erfaßt außer den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisvariablen andere Eigenschaften, die in das Testergebnis mit eingehen.

6. Zusammenfassung

Mit dem Syndrom-Kurztest (SKT) sind Funktionspsychosen im Bereich der Durchgangs-Syndrome quantifizierbar. Wir bestimmten für die Anwendung an Patienten im schweren DS in der Altersgruppe der 17-44-Jährigen mit verschiedenen Methoden die Reliabilitätskoeffizienten für die fünf Testformen und für alle Subtests. Dabei konnten wir eine nur mäßige Zuverlässigkeit bei großer Streubreite der Ergebnisse feststellen. Die Hauptursache dafür ist in der kaum konstant zu haltenden Testsituation und in der erheblich differierenden Motivation der Probanden zu suchen. Ein Lerntransfer zwischen den Parallelformen konnte ausgeschlossen werden.

Schrifttum

- Böcker, F.: Eine Methode zur genaueren Erfassung von Bewußtseinstörungen und Durchgangs-Syndromen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 88:332-338 (1961)
- Böcker, F., W. Kinzel: Durchführung und Auswertung der Syndromtests zur Bestimmung der Schwere von Funktionspsychosen. In: Das ärztliche Gespräch. Tropon: Köln 1969
- Erzigkeit, H.: Der Syndrom-Kurztest. Vorläufiges Manual. Vaterstetten: 1977
- Erzigkeit, H.: Operationalisierungen zum Konzept „Durchgangs-Syndrom“. Psycho 4:460-463 (1978)
- Fischer, G.H.: Einführung in die Theorie psychologischer Tests. Huber: Bern-Stuttgart-Wien 1974
- Hull, C.H., N.H. Nie: SPSS update. McGraw-Hill: New York 1979
- Kinzel, W.: Die Trennung reversibler und irreversibler Syndrome körperlich begründbarer Psychosen. Phänomenologie, Analyse, experimentelle Ergebnisse und Bedeutung einer Syndrom-differenzierung. Nervenarzt 42:585-590 (1971)

- Kinzel, W.: Die Bedeutung der Psychopathometrie für die moderne Psychiatrie. Eine erweiterte Begriffsbestimmung. Psychopathometrie 1:9-19 (1975)
- Krum, W.: Untersuchungen zur Reliabilität des SKT (nach H. Erzigkeit) bei Patienten mit mittelschweren Durchgangs-Syndromen. Diss. Erlangen-Nürnberg (in Vorbereitung)
- Lehrl, S., J. Merz, H. Erzigkeit, J.V. Galster: Der MWT-A – ein wiederholbarer Intelligenz-Kurztest, der weitgehend unabhängig ist von seelisch-geistigen Störungen. Nervenarzt 45:364-369 (1974)
- Lehrl, S.: Manual zum MWT-B. Straube: Erlangen 1977
- Lehrl, S., H.-H. Fuchs, H. Erzigkeit, G. Nusko, H. Schumacher, J. Lugauer: Verlaufsdarstellung von Funktionspsychosen. Münch. Med. Wschr. 121:1291-1294 (1977)
- Merz, J.S. Lehrl, J.V. Galster, H. Erzigkeit: MWT-B – ein Intelligenzkurztest. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 27:423-428
- Michel, L.: Allgemeine Grundlagen psychometrischer Tests. In: Handbuch der psychologischen Diagnostik Bd. VI (Hrsg. R. Heiss) Hogefre: Göttingen 1964
- Nie, H.H., C.H. Hull, J.G. Jenkins, K. Steinbrenner, D.H. Bent: Statistical package for the social sciences (second edition). McGraw-Hill: New York 1975
- Salomo, G.: Prüfung des Syndrom-Kurztestes auf seine Retestreliabilität an 120 Patienten. Diss. Erlangen-Nürnberg (in Vorbereitung)
- Weber, E.: Grundriß der biologischen Statistik. Fischer: Stuttgart 1967
- Wieck, H.H.: Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen. Dtsch. Med. Wschr. 81: 1345-1349 (1956)
- Wieck, H.H.: Funktionspsychosen. Begriff und klinische Bedeutung. Med. Welt 18: 1807-1811 (1967a)
- Wieck, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Schattauer: Stuttgart-New York 1977
- Wieck, H.H., H. Erzigkeit: Zur Anwendung von psychopathometrischen Kurztesten im klinischen Bereich. Krankenhausarzt 51:31-36 (1978)
- Winkler, B.: Empirische Untersuchungen zur Reliabilität des SKT, Formen A – E (nach H. Erzigkeit). Diss. Erlangen-Nürnberg (in Vorbereitung)
- Die vorliegende Arbeit ist eine gekürzte Fassung der Dissertation von J. Neuser, vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg

Eingegangen am 21. Juni 1983

Anschrift der Autoren:

Dr. med. J. Neuser, Dipl.-Psych. Dr. phil. K. Arnold, Dipl.-Psych. Dr. phil. H. Erzigkeit, Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Dipl.-Psych. W. Kinzel, Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, D-8520 Erlangen, Schwabachanlage 10

Summary

The „Syndrom-Kurztest (SKT)“ as a reliable method to prescribe the severe „transit-syndrome“

Relatively slight degrees of acute physically founded mental disorders called "transit-syndrome" can be well quantified by the "Syndrom-Kurztest; SKT", a short sample of a test for measuring acute physically founded psychoses. In this study, the reliability-coefficients in the severe stadium of the "transit-syndrome" were evaluated in all the five parallel-samples as well as in all the subtests of the SKT for the age-group of 17-44-years old patients. We found relatively low reliability-coefficients, which deviated widely. We suppose that the main causes of this result are the character of the fluctuating test situation, and the different extent of the patient's motivation. A learning transfer, caused by the performance of all the five parallel samples of the test, could be excluded.

LEBENS LAUF

Am 18. Juni 1957 wurde ich als Sohn des Landwirts Friedrich Neuser und seiner Ehefrau Babette, geb. Weiß in Brunn (Lkr. Ansbach) geboren.

Von 1963 bis 1967 besuchte ich die Grundschule in Bertholdsdorf und wechselte dann auf das Johann-Sebastian-Bach-Gymnasium in Windsbach über. Dort absolvierte ich den humanistischen Schulzweig und schloß meine Gymnasialzeit im Jahr 1976 mit der Abiturprüfung ab.

Im September 1976 immatrikulierte ich mich an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg für das Studienfach Humanmedizin. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im August 1978. Im Mai 1983 legte ich erfolgreich die ärztliche Prüfung ab und erhielt die Approbation als Arzt.

